

予 診 表

No. _____

氏 名 _____ 男・女 明大昭平 年 月 日生(歳)

現 住 所 _____ TEL _____

勤 務 先(学校名) _____ TEL _____

御 職 業 _____ 御紹介者 _____ 様

どうなさいましたか	歯が痛い 虫歯を治療したい 入れ歯 ()		歯石をとりたい 定期検診 その他 ()	
アレルギーはありますか	ない	ある	{ 薬を飲んだとき () 食物 () その他 ()	
歯の治療で気分が悪くなった事がありますか	ない	ある	()	
内科的な病気はありますか	ない	ある	心臓 腎臓 肝臓 高血圧 糖尿病 甲状腺 その他 ()	
現在飲んでいる薬がありますか	いいえ	はい	薬の名前 ()	
現在通院(入院)されていますか	いいえ	はい	病院名 () 先生のお名前 ()	
女性の方に。妊娠されていますか	いいえ	はい	()ヶ月	

★その他御希望がありましたらお書き下さい。